



Seguridad en el parto natural: dónde es más seguro dar a luz

Memoria presentada para optar al título de Graduado en Enfermería
de la Universitat Jaume I presentada por **Pablo Micheli Boix** en el
curso académico 2017-2018.

Fecha de depósito: 16 de mayo de 2018

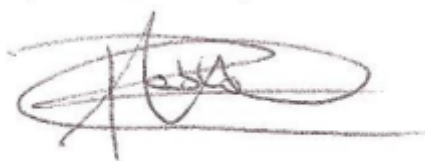
Solicitud del alumno/a para el depósito y defensa del TFG

Yo, “Pablo Micheli Boix”, con NIF “53729496-R”, alumno de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, expongo que durante el curso académico **2017/2018**.

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado “Seguridad en el parto natural: dónde es más seguro dar a luz”, tutelado por el profesor “X”, defendido en lengua “castellana”, en el período de **31 de mayo, 2018**.

Firmado: “Pablo Micheli Boix”

A handwritten signature in dark ink, appearing to be 'Pablo Micheli Boix', enclosed within a large, loopy oval stroke.

Castellón de la Plana, 16 de mayo de 2018

Agradecimientos.

Después de cuatro años de trabajo, esfuerzo y sacrificio ya hemos llegado al final tan esperado por todos. Es ahora cuando me doy cuenta las personas que han formado parte de este gran proyecto, personas que me han acompañado y guiado a lo largo de estos años.

En primer lugar me gustaría agradecer a todo el profesorado del grado de enfermería por hacer posible nuestra formación como profesionales, pero sobre todo a mi tutora de este trabajo, gracias por la paciencia, confianza y seguridad que me has transmitido durante estos meses, sobretodo paciencia.

También me gustaría agradecer a mis enfermeros, mis compañeros, mis amigos, que se han convertido en mi segunda familia durante estos años. Hemos compartido alegrías, llores, emociones, pero sobretodo hemos compartido momentos, y eso es lo que se queda para siempre.

Y por último agradecer inmensamente a mis padres y a mi hermano, porque fueron ellos quienes me han brindado la oportunidad de hacer este sueño realidad.

Doy por finalizada mi etapa como estudiante de enfermería, ahora empieza otra etapa completamente diferente pero que espero con muchas ganas, con ganas de aprender, de crecer como persona y mejorar como profesional. Porque no nos olvidemos, nosotros estamos aquí por y para los pacientes, su cuidado tiene que ser nuestro objetivo.

Gracias.

Índice

Resumen

Abstract

1. Introducción	9
1.1. Parto natural	9
1.2. Lugares para dar a luz	10
1.3. Intervenciones, morbilidad y seguridad	11
2. Justificación	13
3. Objetivos	13
3.1. Objetivo principal	
3.2. Objetivos secundarios	
4. Metodología	14
4.1. Diseño	14
4.2. Criterios de selección	15
4.3. Estrategia de búsqueda	15
4.4. Método de extracción de datos	22
4.5. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos	22
5. Resultados	24
5.1. Características de los estudios incluidos	25
5.1.1. Año de publicación	25
5.1.2. Idioma de publicación	25
5.1.3. Base de datos	26
5.1.4. País de publicación	26
5.1.5. Tipo de estudio	27
5.1.6. Relación estudio según base de datos	27
5.1.7. Relación estudio según objetivos	28
6. Discusión	33
7. Conclusión	36
8. Referencias bibliográficas	37
9. Anexos	42

Glosario acrónimos

SNS: Sistema Nacional de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

SciELO: Scientific Electronic Library Online

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

MeSH: Medical Subject Headings

CASPe: Critical Appraisal Programme Español

Índice de tablas

Tabla 1: Bases de datos utilizadas y características de las mismas	14
Tabla 2: Descriptores DeCS y MeSH utilizados	16
Tabla 3: Definiciones de los DeCS utilizados	16
Tabla 4: Estrategia de búsqueda de Pubmed	18
Tabla 5: Estrategia de búsqueda de Cochrane	19
Tabla 6: Estrategia de búsqueda de SciELO	21
Tabla 7: Relación de artículos según objetivos	29

Índice de figuras

Figura 1: Tasa de cesáreas en España en 2012, dividido por comunidades autónomas	11
Figura 2: Porcentaje de partos instrumentados en Europa	12
Figura 3: Diagrama de flujo de la revisión integradora	24
Figura 4: Año de publicación	25
Figura 5: Idioma de publicación	26
Figura 6: Base de datos	26
Figura 7: País de publicación	27
Figura 8: Tipo de estudio	27
Figura 9: Resultados en PubMed	28
Figura 10: Resultados SciELO	28

Resumen

Introducción: El parto natural es aquel proceso fisiológico en el que se respeta el tiempo de parto tanto en la madre como en el niño, en el que no se realizan intervenciones innecesarias. En la actualidad el parto está teniendo más importancia ya que hay una disminución de las intervenciones médicas, se busca potenciar el principio de autonomía de la madre y la familia participa en el proceso.

Objetivo: Descubrir cuál es el lugar idóneo para dar a luz, tanto para la madre como para el recién nacido, en un embarazo de bajo riesgo.

Metodología: Se lleva a cabo una revisión de la literatura integradora realizando una búsqueda en las diferentes bases de datos.

Resultados: La mayoría de los estudios estaban basados en las experiencias de las mujeres durante el parto, destacando la independencia del proceso, la individualidad de los cuidados y la humanización del parto.

Discusión: Se observan diferencias sobre el lugar idóneo para dar a luz de forma natural en un embarazo de bajo riesgo. Hay coincidencias en cuanto al principio de autonomía y la humanización del parto, que debería estar presente en todos los procesos.

Conclusión: El lugar idóneo para dar a luz de forma natural es la casa de partos, donde la matrona es la principal responsable del proceso. Se potencia el principio de autonomía y se busca en todo momento la humanización del parto, siendo la madre y el niño los protagonistas.

Palabras clave: Parto natural, seguridad, obstetricia, parto domiciliario, centro de partos

Abstract

Introduction: The natural birth is that physiological process in which the time of birth both for the child and for the mother is respected, also in which any taken minutes interventions are realized. Currently, the natural birth has more importance since there is a decrease of medical interventions. One seeks to promote the beginning of the mother's autonomy and the family taking part in the process.

Objective: To discover which is the most suitable place to give birth, both for the mother and for the new born child, in a low-risk pregnancy.

Methodology: It is carried out a review of the literature by doing a research in the different databases.

Results: The most part of the researches were based on the experiences of women during the birth, emphasizing the independence of the process, the individuality of the nursings and the humanization of the childbirth.

Discussion: Differences are observed on the suitable place to give birth naturally in a low-risk pregnancy. There are coincidences for the beginning of autonomy as well as for the humanization of the childbirth, which should be present in all the processes.

Conclusion: The most suitable place to give birth naturally is the birthing center, where the midwifery is the main person in charge of the process. The beginning of autonomy is promoted and the humanization of the childbirth is looked at all time, in which the mother and the child are the protagonists.

Key words: Natural childbirth, safety, midwifery, home childbirth, birthing centers.

1. Introducción

1.1 Parto natural

El parto es uno de los momentos más importantes en la vida de una mujer, que la transforma en madre y da la vida a otro ser humano, provocando la continuidad de la vida humana¹. Entendemos como parto normal el proceso fisiológico en el que la mujer finaliza su periodo de gestación a término, de inicio espontáneo y se desarrolla sin complicaciones².

El parto natural es aquel proceso fisiológico en el que se respeta el tiempo de parto tanto en la madre como en el niño, en el que no se realizan intervenciones innecesarias que interfieren en el proceso normal del parto. Es un alumbramiento espontáneo sin utilizar intervenciones que alteren la fisiología natural del parto. No deja de ser importante la asistencia y la vigilancia tanto de la madre como del niño por parte de la matrona³.

En la antigüedad, el proceso de nacimiento se entendía como un evento natural, íntimo. Con el desarrollo técnico-práctico durante los años, se ha convertido en un acontecimiento hospitalizado, con aumento de las intervenciones, provocando una pérdida de autonomía en la toma de decisiones por parte de la mujer y su familia⁴.

El parto natural ha ido tomando importancia por la disminución de las intervenciones durante el proceso como pueden ser la episiotomía, la epidural, las cesáreas, gracias al parto en agua⁵. También se potencia la compañía de quién prefiera la mujer, la tranquilidad del ambiente, buscar que el lugar sea lo más hogareño posible, esto provoca un aumento de los partos vaginales que a su vez se ve plasmado en un descenso del coste del procedimiento del parto⁶.

El SNS en la “Estrategia de atención al parto normal” propone una serie de recomendaciones a tener en cuenta a la hora de atender un parto normal⁷.

- Evitar la práctica protocolizada del rasurado perineal.
- Desaconsejar el uso de enemas rutinarios
- Dejar a elección de la paciente que elija el acompañante que quiera durante el proceso de alumbramiento.

- Facilitar todas las comodidades necesarias para la gestante durante el proceso de dilatación: paseos por la habitación, ingesta de líquidos, no utilizar medicación por protocolo.
- Informar sobre las alternativas para combatir el dolor que no sea la epidural, explicando los riesgos de esta.
- Permitir a las mujeres que adopten cualquier postura durante todo el proceso, adaptándose el personal a la paciente.
- Promover una episiotomía selectiva
- Evitar los partos instrumentados y respetar los tiempos normales del proceso.
- Facilitar por todos los medios un parto vaginal antes que una cesárea, implementando programas para la racionalización de estas.
- Inmediatamente después de la expulsión, el bebé se pondrá en contacto piel con piel con la madre si el estado de salud de ambos lo permite.
- Promover la lactancia materna y respetar la decisión de lactancia artificial por parte de las madres.

1.2. Lugares para dar a luz

Hasta bien entrado el siglo XX, dar a luz en el hogar era una práctica común entre las parturientas, donde la asistencia dependía de la matrona. Con los años y con los avances médicos, el parto ha pasado a formar parte del ámbito hospitalario en su mayor medida, llegando, en la actualidad, a tratar el 99% de los partos realizados en España⁸.

En estos casos la matrona es la que sigue siendo la responsable principal del parto normal, si el parto presenta complicaciones, la matrona se transforma en la cuidadora principal y el médico en el máximo responsable.

Las matronas han ido tomando importancia en el cuidado del parto, por ello se crearon las unidades de parto llevadas por matronas dentro del hospital por la necesidad de potenciar el cuidado específico e intentar reducir las intervenciones durante el trabajo de parto.

Y finalmente encontramos las unidades de parto independientes al hospital, donde las encargadas son las matronas, pero siempre están en contacto con el hospital por si surgen

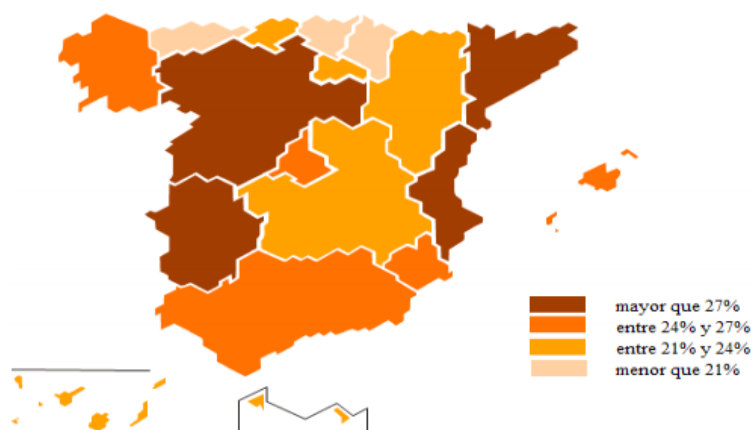
complicaciones para hacer un traslado⁹. Se crearon buscando un lugar de nacimiento de fácil accesibilidad y seguro, donde la atención es mucho más personalizada y se potencia la autonomía en la toma de decisiones por parte de los padres, contribuyendo a la mejora de resultados maternos y perinatales¹⁰.

1.3. Intervenciones, morbilidad y seguridad

Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, las cesáreas no deberían de superar el 10-15% entre las parturientas¹¹. En España esta cifra se encuentra, según el Ministerio de Sanidad, en un 25'3%, es decir, 1 de cada 4 mujeres son sometidas a una intervención quirúrgica, este número aumenta en la sanidad privada. La Comunidad Valenciana se encuentra entre las comunidades autónomas que tiene un mayor porcentaje, quedándose en un 30'1% doblando el 15'1% del País Vasco¹².

Como se muestra en la figura 1, las únicas comunidades autónomas de toda España que se aproximan a las recomendaciones de la OMS respecto a la tasa de cesáreas son Asturias, el País Vasco y Navarra. Pero estas no llegan a disminuir el 15% de cesáreas recomendada por la OMS. En la Comunidad Valencia la tasa de cesáreas en 2015 se situó en un 29%, duplicando las recomendaciones de la OMS¹³.

Figura 1. Tasa de cesáreas en España en 2012, dividido por comunidades autónomas

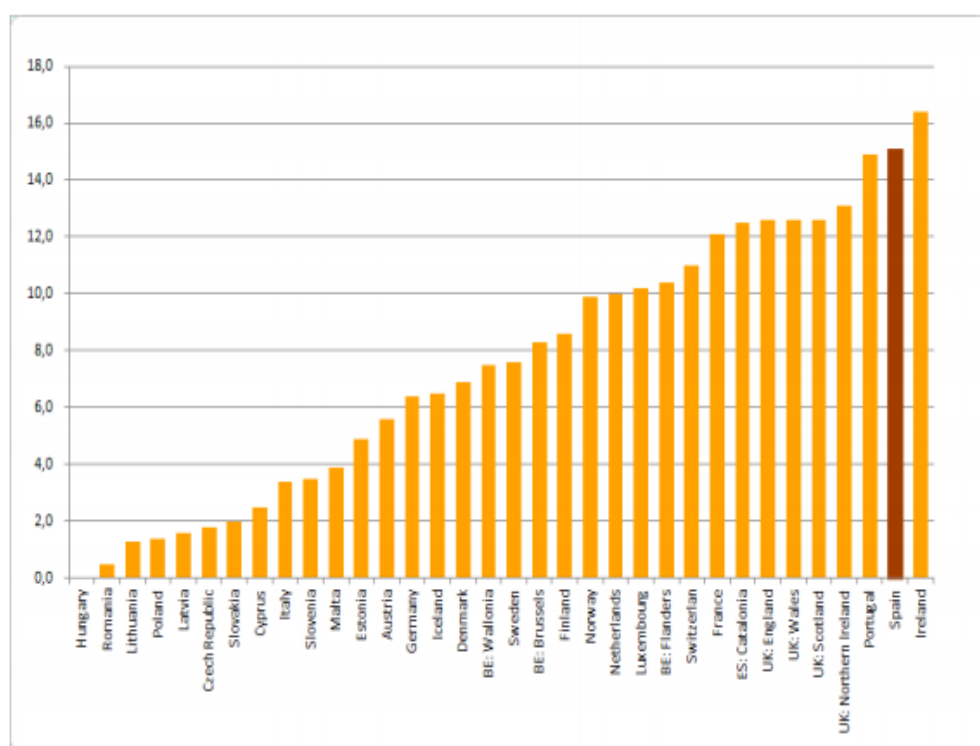


Si ampliamos el abanico a toda Europa, existe una gran diferencia entre los países nórdicos en los que la tasa de cesárea varía entre el 15-18% y países como Chipre donde la tasa de cesárea se encuentra en un 52%. Lo mismo sucede con las intervenciones durante el parto como pueden

ser la episiotomía y los partos instrumentados, en el que España se sitúa en un 15% de intervenciones, colocándose entre las primeras posiciones de toda Europa.

En la figura 2 vemos que España se encuentra entre los países europeos que más partos instrumentados se realizan, solo por detrás de Irlanda. Son datos que llaman la atención porque no se pueden justificar por otros datos como son la mortalidad y la morbilidad, ya que los países con menos mortalidad son aquellos con menos partos instrumentados y con menos intervenciones durante el parto¹².

Figura 2. Porcentaje de partos instrumentados en Europa (Alcaide AR. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema.)



En 2016 la OMS publicó un documento en el que establece las pautas a seguir durante el parto para proteger a la madre y al niño de intervenciones innecesarias que puedan poner en riesgo su salud, intentando reducir el porcentaje de partos instrumentados, las intervenciones y los partos inducidos, mejorando la seguridad de ambos. La lista se divide en 4 fases: al ingreso, inmediatamente después de la expulsión o antes de la cesárea si es necesario, poco después del nacimiento y antes del alta. Son una serie de preguntas y recomendaciones que hay que llevar a cabo¹⁴ ANEXO 1.

2. Justificación

La presente revisión se realiza por la duda que surge del porqué de la medicalización de un proceso fisiológico natural como es el parto, buscando averiguar porqué con los años se ha pasado de dar a luz en el hogar a dar a luz en los hospitales, aumentando las intervenciones médicas. Se pretende demostrar que una casa de partos, donde la matrona es la principal responsable, se puede llevar a cabo un parto natural con total seguridad tanto para la madre como para el niño y con una baja intervención en el proceso del parto.

3. Objetivos

3.1. Objetivo principal:

- Descubrir cuál es el lugar idóneo para dar a luz, tanto para la madre como para el recién nacido, en un embarazo de bajo riesgo.

3.2. Objetivos secundarios:

- Determinar donde se potencia el principio de autonomía de la mujer y se apuesta por la humanización en el parto.
- Indicar el lugar más fiable para concebir en madres primíparas y multíparas.

4. Metodología

4.1. Diseño

El presente trabajo se basa en la realización de una revisión integradora de la literatura científica sobre el parto natural para ver cuál es el lugar idóneo para dar a luz con una baja intervención, comparando el nacimiento en un hospital, en un centro de partos o en casa; con el fin de resumir e interpretar de forma crítica la información obtenida, aumentando así los conocimientos sobre el tema en cuestión.

Para el desarrollo de la revisión integradora, el inicio de la búsqueda de información científica se inició en enero del 2018 y finalizó en marzo de 2018. La búsqueda se realizó mediante el uso de 3 bases de datos científicas: PubMed, Biblioteca Cochrane Plus y Scientific Electronic Library Online (SciELO). Estas bases de datos fueron utilizadas al considerarse adecuadas para la realización de la búsqueda científica. Las características de las tres bases de datos se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Bases de datos utilizadas y características de las mismas (Fuente de elaboración propia)

Base de datos	Características
PubMed	PubMed es una base de datos de acceso libre, especializado en investigación biomédica. Dispone alrededor de 27 millones de artículos científicos y de 4800 revistas especializadas en ciencias de la salud.
Biblioteca Cochrane Plus	Base de datos en español para consultar revisiones sistemáticas a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Las traducciones son realizadas por el Centro Cochrane Iberoamericano.
SciELO	SciELO es una plataforma de biblioteca electrónica, iniciada por la Fundación para el Apoyo a la Investigación del estado de Sao Paulo, y del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. Permite la publicación de revistas científicas electrónicas.

4.2. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Estudios científicos con texto completo disponible y con posibilidad de descarga para su análisis.
- La población de estudio se restringirá a la población humana en periodo reproductivo.
- La fecha límite de los artículos científicos será de 5 años (2013-2018).
- Los idiomas permitidos para la inclusión de los artículos serán el español y el inglés.
- El tema principal de los estudios deberá ser la baja intervención en el parto natural en sus diferentes ámbitos.

Criterios de exclusión:

- Se excluirán aquellos artículos duplicados al realizar la búsqueda en cada una de las bases de datos utilizadas.
- Lecturas de revistas, libros, publicaciones de periódicos, páginas web.

4.3. Estrategia de búsqueda

La búsqueda científica pertinente fue realizada en tres bases de datos científicas (PubMed, Cochrane Plus y SciELO). Con el fin de realizar dicha búsqueda en las bases de datos, se obtienen las palabras clave de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y de los Medical Subject Headings (MeSH). Podemos verlos expuestos en la Tabla 2.

Tabla 2: Descriptores DeCS y MeSH utilizados (Fuente de elaboración propia)

Lenguaje Natural	DeCS Castellano	DeCS Inglés	MeSH
Parto natural	Parto natural	Natural Childbirth	Natural Childbirth
Seguridad	Seguridad	Safety	Safety
Obstetricia	Tocología	Midwifery	Midwifery
Parto domiciliario	Parto domiciliario	Home childbirth	Home childbirth
Centros de parto	Centros de asistencia al embarazo y al parto	Birthing centers	Birthing centers

Aunque los descriptores sean iguales en el DeCS que en MeSH cada uno de ellos se ha utilizado para realizar la búsqueda en diferentes bases de datos. El DeCS por su parte se ha utilizado para la base de datos SciELO, mientras que el MeSH para las bases de datos de PubMed y de Cochrane Plus. La descripción de los DeCS puede observarse en la Tabla 3.

Tabla 3: Definiciones de los DeCS utilizados (Fuente de elaboración propia). Parte 1

DeCS Castellano	Definición
Parto natural	Trabajo de parto y parto sin intervención médica, generalmente involucrando terapia de relajación.
Seguridad	Ausencia de exposición a peligro y protección contra la ocurrencia o riesgo de lesión o pérdida. Sugiere precauciones ideales en el ambiente de trabajo, en la calle, en el hogar, etc., e incluye seguridad personal así como la seguridad de propiedad.
Tocología	Práctica de ayudar a las mujeres durante el parto.

Tabla 3: Definiciones de los DeCS utilizados (Fuente de elaboración propia). Parte 2

DeCS Castellano	Definición
Parto domiciliario	Parto realizado en casa.
Centros de asistencia al embarazo y al parto	Instalaciones autónomas que prestan cuidados prenatales, de parto y postnatales y que habitualmente incorporan conceptos y prácticas de la maternidad centrada en la familia.

Para la realización de la búsqueda bibliográfica, se inició con una búsqueda simple en la base de datos de PubMed, utilizando las palabras claves del MeSH. Aplicando los filtros de: “Free full text”, “5 years” y “humans”, permitiendo así limitar la búsqueda a los criterios de selección citados anteriormente. Al observar que la búsqueda era poco concreta se decidió realizar una búsqueda avanzada combinando las diferentes palabras claves con el boreano AND, consiguiendo así reducir en gran parte los resultados de la búsqueda y encontrando artículos más específicos sobre el tema en cuestión. En la Tabla 4 se puede ver la estrategia de búsqueda realizada en PubMed con los resultados obtenidos.

Después se pasó a una búsqueda en Cochrane Plus, intentando identificar revisiones sistemáticas que puedan servir para el estudio. Se utilizaron las palabras claves del MeSH empleando una búsqueda simple. Esta base de datos, al tener un manejo diferente, no permite aplicar filtros de manera automática, por tanto para adecuarse a los criterios de inclusión de los artículos se debió de hacer manualmente, leyendo el título o el resumen de los artículos.

Se obtuvieron pocos estudios de interés para la revisión planteada, ya que no cumplían los criterios de selección de años. En la Tabla 5 se observa la estrategia de búsqueda en Cochrane Plus.

Por último se realizó la búsqueda en SciELO, en la cual se utilizaron las palabras clave de los Descriptores de las Ciencias de la Salud (DeCS), tanto en castellano como en inglés ya que el buscador lo permite. Se acotó la búsqueda con la misma aplicación de filtros que en PubMed: “Free full text”, “5 years” y “humans”. En la Tabla 6 se encuentra la estrategia de búsqueda seguida para obtener los artículos necesarios para la realización de la revisión sistemática de la literatura científica.

Tabla 4: Estrategia de búsqueda Pubmed (Fuente de elaboración propia)

Base bibliográfica	Fecha búsqueda	Estrategia búsqueda	Nº artículos encontrados	Artículos relacionados	Nº artículos utilizados
Pubmed	15/01/18	"Natural Childbirth"[Mesh]	31	15	2
	20/01/18	"Birthing centers"[Mesh]	66	23	3
	14/02/18	("Safety"[Mesh]) AND "Birthing Centers"[Mesh]	3	2	0
	14/02/18	("Safety"[Mesh]) AND "Parturition"[Mesh]	13	2	0
	15/02/18	("Safety"[Mesh]) AND "Natural Childbirth"[Mesh]	0	0	0
	15/02/18	("Natural Childbirth"[Mesh]) AND "Birthing Centers"[Mesh]	4	3	0
	15/02/18	("Midwifery"[Mesh]) AND "Birthing Centers"[Mesh]	27	12	1
	15/02/18	("Midwifery"[Mesh]) AND "Natural Childbirth"[Mesh]	4	1	0
	16/02/18	((("Midwifery"[Mesh]) AND "Birthing Centers"[Mesh]) AND "Natural Childbirth"[Mesh]	1	1	0
	16/02/18	("Home Childbirth"[Mesh]) AND "Birthing Centers"[Mesh]	17	11	0

Tabla 5: Estrategia de búsqueda Cochrane Plus (Fuente de elaboración propia). Parte 1

Base bibliográfica	Fecha búsqueda	Estrategia búsqueda	Nº artículos encontrados	Artículos relacionados	Nº artículos utilizados
Biblioteca Cochrane Plus	17/02/18	MESH DESCRIPTOR Birthing Centers	15	1	0
	17/02/18	MESH DESCRIPTOR Home Childbirth	28	1	0
	17/02/18	MESH DESCRIPTOR Natural Childbirth	31	0	0
	18/02/18	MESH DESCRIPTOR Natural Childbirth AND MESH DESCRIPTOR Birthing Centers	1	0	0
	18/02/18	MESH DESCRIPTOR Natural Childbirth AND MESH DESCRIPTOR Home Childbirth	0	0	0
	18/02/18	MESH DESCRIPTOR Birthing Centers AND MESH DESCRIPTOR Home Childbirth	1	0	0
	19/02/18	MESH DESCRIPTOR Midwifery AND MESH DESCRIPTOR Natural Childbirth	3	0	0
	19/02/18	MESH DESCRIPTOR Midwifery AND MESH DESCRIPTOR Birthing Centers	2	0	0

Tabla 5: Estrategia de búsqueda Cochrane Plus (Fuente de elaboración propia). Parte 2

Base bibliográfica	Fecha búsqueda	Estrategia búsqueda	Nº artículos encontrados	Artículos relacionados	Nº artículos utilizados
Biblioteca Cochrane Plus	19/02/18	MESH DESCRIPTOR Midwifery AND MESH DESCRIPTOR Home Childbirth	11	0	0
	19/02/18	MESH DESCRIPTOR Safety AND MESH DESCRIPTOR Natural Childbirth	0	0	0
	19/02/18	MESH DESCRIPTOR Safety AND MESH DESCRIPTOR Home Childbirth	0	0	0
	19/02/18	MESH DESCRIPTOR Safety AND MESH DESCRIPTOR Birthing Centers	0	0	0

Tabla 6: Estrategia de búsqueda en SciELO (Fuente de elaboración propia)

Base bibliográfica	Fecha búsqueda	Estrategia búsqueda	Nº artículos encontrados	Artículos relacionados	Nº artículos utilizados
SciELO	20/02/18	Casa de partos	11	5	1
	20/02/18	Home childbirth	40	10	4
	22/02/18	Birthing center	5	3	1
	23/02/18	Natural childbirth	49	8	2
	26/02/18	Seguridad casa de partos	3	2	0
	26/02/18	Safety home childbirth	2	2	0
	26/02/18	Safety AND natural childbirth	4	2	0
	26/02/18	Midwifery AND birthing center	0	0	0
	26/02/18	Midwifery AND natural childbirth	4	1	0

4.4. Método de extracción de datos

Con el objetivo de obtener todos los artículos significativos para la vigente revisión integradora, se dividieron los mismos en incluidos y excluidos.

De todos los artículos obtenidos tras la búsqueda bibliográfica, se incluyeron aquellos que cumplían con los criterios de inclusión establecidos. Asimismo se incorporaron los artículos que trataban sobre el tema principal de la revisión, la baja intervención en el parto natural.

Para realizar la división de los artículos, se leyeron los títulos y resúmenes de cada uno de ellos para ver si cumplían los criterios de selección, haciendo así la primera exclusión para aquellos artículos que no cumplían los criterios de inclusión.

Para ayudar a la división de los datos, estos se dividieron según los objetivos planteados anteriormente, facilitando la extracción de datos de cada uno de ellos y agrupándolos según el tema principal.

Una vez realizada la primera división leyendo exclusivamente los títulos y resúmenes de los artículos y con la ayuda del algoritmo, se realizó una lectura más íntegra de cada uno de los artículos seleccionados, consiguiendo así eliminar aquellos artículos irrelevantes para el estudio.

4.5. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos

Una vez realizada la extracción de los datos y de los artículos mediante los criterios de inclusión y exclusión, se pasó a realizar una lectura crítica de los artículos, con el objetivo de evaluar la calidad metodológica de cada uno de ellos. Para ello se utilizó la herramienta proporcionada por la organización Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe).

Esta herramienta de CASPe proporciona una serie de plantillas de valoración específicas para cada tipo de estudio. Hay que tener en cuenta que no existe plantilla de valoración para todos los tipos de estudios, para los utilizados en esta revisión se obtuvieron casi en su totalidad de la misma herramienta de CASPe, pero para los estudios transversales no se dispone de ninguna

herramienta para su valoración, ni CASPe ni lecturacritica.com, por tanto no se evalúan mediante ningún instrumento.

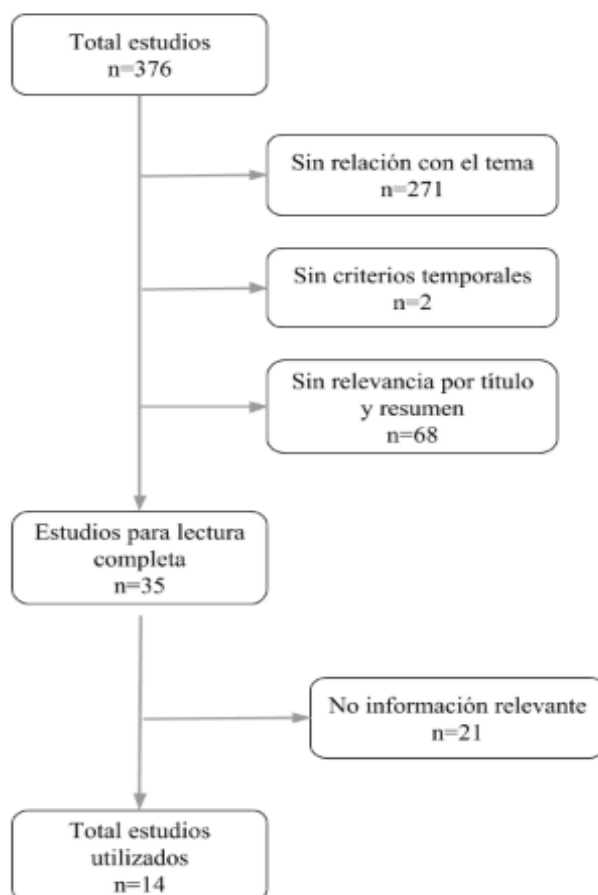
Los estudios de investigación cualitativa, estudios de cohortes y revisiones sistemáticas, se han podido evaluar gracias a las plantillas proporcionadas por el CASPe. Dichas plantillas se encuentran en el ANEXO 2.

Estas plantillas se encuentran formadas por una serie de preguntas, las dos o tres primeras, según el tipo de estudio, son preguntas consideradas de eliminación, que si contestan que no, el estudio tiene que ser eliminado. Las siguientes preguntas ya son más específicas para cada estudio, hasta completar diez u once preguntas. Únicamente se consideraron adecuados aquellos estudios que respondieron afirmativamente a las preguntas de eliminación. Tras realizar la evaluación de la calidad metodológica no se excluyó ninguno de los estudios seleccionados para la actual revisión.

5. Resultados

Después de la estrategia de búsqueda, fueron identificados un total de $n=376$ estudios en las diferentes búsquedas realizadas en las tres bases de datos utilizadas. El total de estudios es tras el resultado de aplicar los filtros de años, texto completo gratis y humanos. Del total de estudios el 72% ($n=271$) no tienen relación con el tema y el 0,5% ($n=2$) son de la base bibliográfica de Cochrane donde no es posible aplicar los filtros de manera protocolizada y estos no cumplían con los criterios temporales. Un 18,2% ($n=68$) de los estudios, tras la lectura del título y el resumen se descartaron por no tener relevancia a la hora de realizar la revisión planteada. Al 9,3% ($n=35$) de los artículos restantes se realizó una lectura completa de cada uno de ellos, descartando el 60% ($n=21$) de los 35 artículos seleccionados para la lectura completa, y quedándose con el 40% ($n=14$) para la realización de la revisión sistemática. Todo ello puede verse resumido en la Figura 3.

Figura 3: Diagrama de flujo de la revisión integradora (Fuente propia)



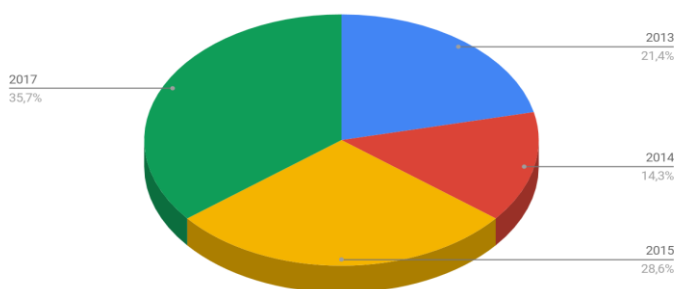
5.1. Características de los estudios incluidos

Para llevar a cabo una mejor clasificación de los datos obtenidos en los artículos seleccionados para esta revisión (n=14), se han desarrollado una serie de gráficos con información referente a: año de publicación, idioma, base de datos utilizada, el país de publicación, el tipo de estudio y a su vez, dentro de cada base de datos se dividen entre los que no tienen relación con el tema y los que sí tienen relación y dentro de los que sí tienen relación los que se seleccionan para la presente revisión.

5.1.1. Año de publicación

Del total de artículos seleccionados, un 21,4% (n=3) fueron publicados en el año 2013 ^(18, 20), un 14,3% (n=2) fueron publicados en el año 2014 ^(21, 26, 28), un 28,6% (n=4) fueron publicados en el año 2015^(15, 16, 17, 24) y un 35,7% (n=5) fueron publicados en el año 2017 ^(19, 22, 23, 25, 27); existiendo una ausencia de artículos tanto del año 2016 como del propio año 2018. Todo la información puede verse resumida en la Figura 4.

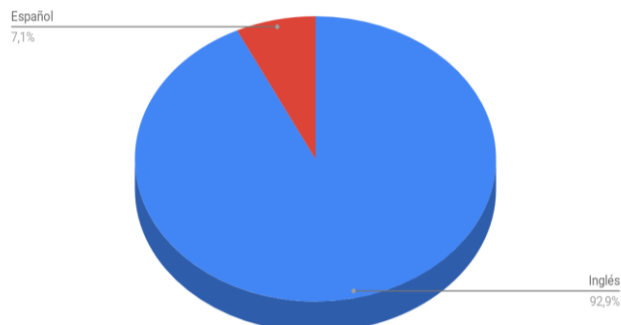
Figura 4: Año de publicación (Fuente de elaboración propia)



5.1.2. Idioma de publicación

En lo referente al idioma de publicación de los artículos seleccionados, un 7,1% (n=1) son en español ⁽²³⁾ y un 92,9% (n=13) son en inglés ^(15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28). Se puede ver resumido en la figura 5.

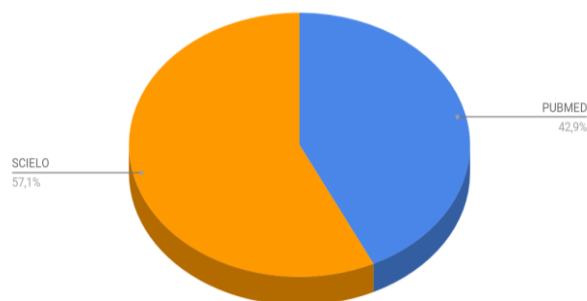
Figura 5: Idioma de publicación (Fuente de elaboración propia)



5.1.3. Base de datos

En cuanto a la base de datos utilizada, el 42,9% (n=6) fueron obtenidos de PubMed^(15, 22, 24, 26, 27, 28) y el 57,1% (n=8) fueron sacados de SciELO^(16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25). (Figura 6)

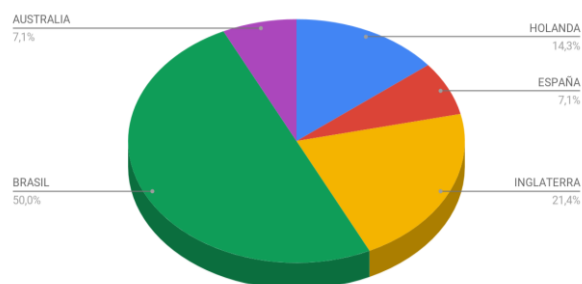
Figura 6: Base de datos (Elaboración de elaboración propia)



5.1.4. País de publicación

En base al país de publicación de los estudios seleccionados, un 7,1% (n=1) fue en Australia⁽²⁸⁾, también un 7,1% (n=1) fue en España⁽²³⁾, un 14,3% (n=2) fue en Holanda^(22, 24), un 21,4% (n=3) se obtuvo de Inglaterra^(15, 26, 27) y un 50% (n=7) fue de Brasil^(16, 17, 18, 19, 20, 21, 25). (Figura 7)

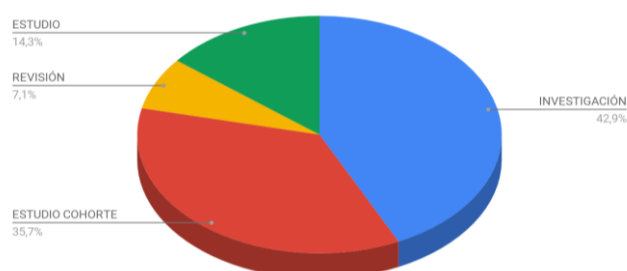
Figura 7: País de publicación (Fuente de elaboración propia)



5.1.5. Tipo de estudio

De los 14 artículos seleccionados para la revisión integradora, un 7,1% (n=1) fue revisión integradora⁽²³⁾, un 14,3% (n=2) estudio descriptivo transversal^(19, 25), un 35,7% (n=5) fueron estudios de cohorte^(17, 27, 22, 24, 28,) y un 42,9% (n=6) fueron investigaciones cualitativas^(15, 16, 18, 20, 21, 26). (Figura 8)

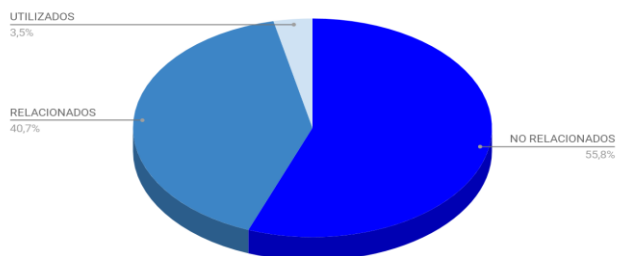
Figura 8: Tipo de estudio (Fuente de elaboración propia)



5.1.6. Relación de artículos según base de datos

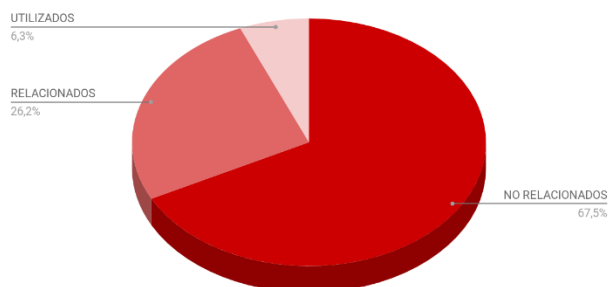
Tras la realización de la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos, en concreto en PubMed, acotando con los criterios de inclusión y exclusión se obtuvieron 166 artículos, de los cuales solo el 44,2% (n=70) tenían relación con el tema, el 55,8% (n=96) no tenían relación con el tema de la revisión en cuestión. Del 44.2% que tenían relación con el tema se seleccionó en 3,5% (n=6) del total de los artículos de PubMed obtenidos, para la realización de la revisión. Todo esto puede verse resumido en la figura 9.

Figura 9: Resultados en PubMed (Fuente de elaboración propia)



En la base de datos de SciELO se encontraron un total de 118 artículos, de los cuales el 67.5% (n=85) no estaba relacionado con el tema, el 32.5% (n=33) si estaba relacionado con el tema en cuestión. De este 32.5% solo se utilizó el 6,3% (n=8) del total de artículos encontrados en la base bibliográfica. (Figura 10)

Figura 10: Resultados SciELO (Fuente de elaboración propia)



5.1.7. Relación de artículos según objetivos

Tras la lectura en profundidad de los artículos, presento la tabla donde se aprecia la información relacionada con los objetivos de esta revisión integradora. Tabla 7.

Tabla 7: Relación de artículos según objetivos (Fuente de elaboración propia). Parte 1

Autor	Lugar de elección	Autonomía-humanización	Primíparas-múltiparas
Coxon K et al.	Resultados perinatales adversos para las primíparas en el parto planificado en el hogar. Los nacimientos planeados en casas de partos fueron tan seguros como los nacimientos en la sala de partos.	_____	Resultados perinatales adversos para las primíparas en el parto planificado en el hogar.
Sanfelice CF de O y Shimo AKK	Dar a luz en el hogar potencia el principio de autonomía de la mujer.	Dar a luz en el hogar potencia el principio de autonomía de la mujer.	_____
Koettker JG et al.	Las mujeres que dieron a luz en el hogar tuvieron libre elección durante el parto en la toma de decisiones.	Las mujeres que dieron a luz en el hogar tuvieron libre elección durante el parto en la toma de decisiones.	_____
Jamas MT et al.	_____	Para que la mujer sea independiente y autónoma a la hora de tomar decisiones debe ser sabedora tanto de los beneficios como de las posibles complicaciones que existen el dar a luz en los diferentes ámbitos	_____

Tabla 7: Relación de artículos según objetivos (Fuente de elaboración propia). Parte 2

Autor	Lugar de elección	Autonomía-humanización	Primíparas-multíparas
Kottwitz F et al.	_____	Al no tener una formación por parte de las madres no eran capaces de potenciar al máximo el principio de autonomía.	_____
Frank TC y Pelloso SM	El personal sanitario destaca el protagonismo de la mujer en todo momento en el parto en el hogar, de la libre elección que tiene a la hora de decidir sobre las prácticas a realizar.	El personal sanitario destaca el protagonismo de la mujer en todo momento en el parto en el hogar, de la libre elección que tiene a la hora de decidir sobre las prácticas a realizar.	_____
Dodou HD et al.	_____	Las madres vieron importante la figura del familiar durante el parto, porque ayuda a humanizar el momento del parto.	_____
de Jonge A et al.	En Reino Unido la mayoría de mujeres que daban a luz en el hogar eran mujeres multíparas.	_____	En Reino Unido la mayoría de mujeres que daban a luz en el hogar eran mujeres multíparas

Tabla 7: Relación de artículos según objetivos (Fuente de elaboración propia). Parte 3

Autor	Lugar de elección	Autonomía-humanización	Primíparas-multíparas
Ortega Barreda E y Cairós Ventura LM	El parto en casa mejora la asistencia sanitaria, provocando menores intervenciones. También se ve potenciado el principio de autonomía.	El parto en casa mejora la asistencia sanitaria, provocando menores intervenciones. También se ve potenciado el principio de autonomía.	_____
Van Haaren-ten Haken TM et al.	El nacimiento con atención dirigida por una matrona, tanto en el hogar como en el hospital, se asoció con menores probabilidades de parto inducido.	_____	Las mujeres primíparas con un embarazo de bajo riesgo prefirieron un parto domiciliario con atención dirigida por una matrona
Koettker JG et al.	Las intervenciones realizadas por las matronas en las casas de partos fueron escasas	_____	La mayoría de mujeres que prefieren dar a luz en las casas de partos son mujeres multíparas.
Macfarlane AJ et al.	En las casas de parto tenían más probabilidades de asistir a las clases prenatales y menos probabilidades de ser inducidas.	En las casas de parto era más probable que pudieran moverse durante el parto, potenciando la autonomía	Las mujeres primíparas que dieron a luz en la casa de parto tenían menos probabilidades de tener una episiotomía.

Tabla 7: Relación de artículos según objetivos (Fuente de elaboración propia). Parte 4

Autor	Lugar de elección	Autonomía-humanización	Primíparas-multíparas
Hollowell J et al.	En las casas de partos más posibilidades de dar a luz de forma natural con una menor intervención durante todo el proceso.	_____	_____
Monk A y Tracy M	En las casas de partos, las mujeres fueron significativamente más propensas a tener un parto vaginal espontáneo y significativamente menos probabilidades de tener una cesárea. Los bebés nacidos en casa de partos fueron significativamente menos propensos a ingresar en cuidados intensivos neonatales	_____	_____

6. Discusión

Tras realizar la revisión bibliográfica sobre cuál es el lugar idóneo para dar a luz en embarazos de bajo riesgo, observamos discrepancias entre los diferentes autores en la gran variedad de artículos encontrados.

En cuanto al parto en el hogar, autores como Coxon K et al.¹⁵, tras la realización de una investigación cualitativa en el año 2015, basada en realizar una serie de entrevistas a mujeres tras dar a luz, concluyeron que la mayoría de mujeres, si volvieran a dar a luz y tenían la oportunidad no elegirían el hogar como primera opción, por la percepción de riesgo que sienten, la desprotección que sienten en el hogar, al estar lejos de un centro sanitario especializado.

En desacuerdo con estas conclusiones, autores como Sanfelice CF de O y Shimo AKK¹⁶, tras ejecutar un estudio cualitativo con entrevistas a pacientes que habían dado a luz en el hogar obtuvo opiniones de las mujeres, las cuales habían decidido dar a luz en el hogar ya que se potencia el principio de autonomía de la mujer en todo momento, y se rescata el empoderamiento femenino a la hora de la toma de decisiones.

Autores como Koettker JG et al.¹⁷ obtuvieron conclusiones similares, ya que las mujeres que dieron a luz en el hogar tuvieron libre elección durante el parto en cuanto a la posición y en cuanto a las prácticas post-parto que deseaban, como por ejemplo contacto piel con piel y lactancia materna antes de la primera hora. Todo esto era gracias al conocimiento de estas mujeres en cuanto a los beneficios que tenía dar a luz en el propio hogar. La importancia del conocimiento de las mujeres en cuanto al parto se hace visible en el estudio cualitativo realizado por Jamas MT et al.¹⁸ en 2013, donde argumenta que para que la mujer sea independiente y autónoma a la hora de tomar decisiones debe ser consciente y sabedora tanto de los beneficios como de las posibles complicaciones que existen. Es función de los profesionales sanitarios ofrecer esta información a todas las madres durante el embarazo para que a la hora de dar a luz estén bien informadas.

En concordancia con estos autores, Kottwitz F et al.¹⁹, tras un estudio descriptivo transversal, sacaron prácticamente las mismas conclusiones, ya que la mayoría de las mujeres no eran sabedoras de los riesgos que tenía dar a luz en cualquiera de los ámbitos. Al no tener una formación por parte de las madres no eran capaces de potenciar al máximo el principio de autonomía.

Otros autores como Frank TC y Pelloso SM²⁰ también realizaron un estudio cualitativo, pero a diferencia de los otros estudios, aquí las entrevistas eran para el personal sanitario. Estos destacan el protagonismo de la mujer en todo momento en el parto en el hogar, de la libre elección que tiene a la hora de decidir sobre las prácticas a realizar; ven imprescindible que los profesionales sanitarios mejoren sus conocimientos en cuanto a la práctica clínica en el hogar pero sobretudo ven en la familia un apoyo fundamental para que la mujer se sienta segura y cómoda. Continuando con la importancia de la familia, autores como Dodou HD et al.²¹ tras realizar una investigación cualitativa a las madres, también vieron importante la figura del familiar durante el parto, porque minimizan el sentimiento de soledad y pueden llegar a sentirse más confiadas y seguras en un momento tan delicado. Todo ello ayuda a humanizar el momento del parto.

En cuanto a la elección del hogar como lugar para dar a luz entre madres primíparas y multíparas, de Jonge A et al.²² en 2017 realizaron un estudio de cohortes para comparar el nacimiento en el hogar en Holanda y el Reino Unido, en el que se vio que en Reino Unido la mayoría de mujeres que daban a luz en el hogar eran mujeres multíparas, en Holanda no hubo diferencias significativas en cuanto a primíparas o multíparas.

En 2017, en España, Ortega Barreda E y Cairós Ventura LM²³ realizaron una revisión bibliográfica con la que querían descubrir los beneficios que tenía dar a luz en el hogar, obteniendo información de los diferentes países europeos, concluyendo que el parto en casa mejora la asistencia sanitaria, provocando menores intervenciones y teniendo menor riesgo de hemorragia y laceraciones. También de acuerdo con otros autores, se ve potenciado el principio de autonomía.

Comparando ahora el dar a luz en el hogar con dar a luz en una casa de partos Van Haaren-ten Haken TM et al.²⁴, realizaron un estudio de cohortes para comparar ambos lugares; se ve que en este caso el lugar es irrelevante, ya que la mujer en ambos sitios es autónoma y tendrá un parto de baja intervención, pero esto es posible gracias a la matrona. Este estudio propone que la matrona debe de estar en todo momento con la mujer, así se conseguirá potenciar el principio de autonomía, habrá menos posibilidades de tener un parto inducido y más posibilidades de recibir tratamiento analgésico alternativo. Koettker JG et al.²⁵, también realizó un estudio por ver las intervenciones realizadas por las matronas en las casas de partos concluyendo que las intervenciones de las mismas durante el parto fueron escasas y fue frecuente el parto en el agua. Destaca la baja tasa de cesáreas en comparación con el porcentaje total a nivel nacional. También acentúa que la mayoría de mujeres que prefieren dar a luz en las casas de partos son mujeres múltiples.

Autoras como Macfarlane AJ et al.²⁶ realizaron una investigación cualitativa basada en encuestas telefónicas post-parto, donde las mujeres preferían dar a luz en un centro de partos, ya que tenían más posibilidades de ir a las clases pre-parto para mejorar su formación para el momento de dar a luz. Esto coincide con autores como Koettker JG et al.¹⁷, Jamas MT et al.¹⁸ y Kottwitz F y Gouveia HG¹⁹, que también pensaban que era importante que la mujer mejorara su formación en cuanto al proceso del parto, ya sea en el hogar o en la casa de partos.

Cuando se compara el dar a luz en una sala de partos y en un hospital, Hollowell J et al.²⁷ concluyeron que no se observan diferencias en cuanto a los beneficios o riesgos según el lugar elegido, pero en las casas de partos había muchas más posibilidades de dar a luz de forma natural y teniendo una menor intervención durante todo el proceso. Esto también se hizo visible en el estudio de cohortes realizado por Monk A y Tracy M²⁸, por ver en este caso, la salud del recién nacido según si el lugar de nacimiento era el hospital o la casa de partos. No había diferencias significativas en cuanto al APGAR, sólo que los bebés nacidos en las casas de partos tenían menos probabilidades de ingresar en una unidad de cuidados intensivos neonatales los días posteriores al nacimiento.

7. Conclusión

Tras la realización de la revisión integradora de la literatura relacionada con el proceso natural del parto, se puede concluir que el lugar idóneo para dar a luz tras un embarazo de bajo riesgo donde se busca un parto natural y donde la madre dispone de formación e información necesaria para elegir de forma autónoma el lugar de parto, es una casa de partos, ya que la matrona es la principal responsable del proceso y buscará en todo momento realizar las intervenciones mínimas para que se cumpla el deseo de la mujer de dar a luz de forma natural. En cuanto al niño no habría diferencias significativas respecto al lugar de nacimiento.

En relación a la dupla madre-hijo lo ideal sería una casa de partos. Para que esto sea posible es necesario por una parte, un aumento de conocimientos de los profesionales sanitarios que llevan a cabo el proceso del parto natural, y también es básico una buena preparación de la madre, con el fin de que sepa en todo momento las intervenciones que se le puede realizar y decidir hacia dónde llevar el parto, siempre de la mano de la matrona.

La independencia de la madre, la posibilidad de acompañamiento, la formación de la familia, todo ello ayuda a que el parto vuelva a ser lo que era, un proceso natural y humanizado, centrado en la madre y el niño.

Diferenciando el lugar del parto según si las madres son primíparas o multíparas sería necesario ampliar las líneas de investigación, por determinar de manera más precisa el lugar ideal para las madres, aunque ellas mismas, sobre todo las multíparas, al ya haber dado a luz con anterioridad y haber pasado por la experiencia del parto podrán elegir de manera libre el lugar que prefieran, donde se sientan más seguras y donde se cumplan sus expectativas.

Por todo ello habría que seguir en esta línea de investigación y dar a conocer los beneficios que tiene dar a luz de manera natural siempre que sea posible, así también conseguiremos que la enfermería continúe siendo la responsable del proceso del parto, dejando la medicalización del proceso para cuando sea necesaria.

8. Referencias bibliográficas.

1. Scarton J, Prates LA, Wilhelm LA, Silva SC da, Possati AB, Ilha CB, et al. "It was worth it when I saw his face": experiences of primiparous women during natural childbirth. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 12];36(spe):143–51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500143&lng=pt&tlng=pt
2. Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Cantabria ML, Maestro MG, Camarero ARA, Urquiza MTG, González CG, Salcines AA. Nuberos científica revista del Colegio de Enfermería de Cantabria [Internet]. Vol. 2, Nuberos Científica. Fundación del Colegio de Enfermería de Cantabria; 2010 [cited 2018 Feb 12]. Available from: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/22/21>
3. Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás Vigueras MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area I de salud de la región de Murcia. *AIBR Rev Antropol Iberoam* ISSN- e 1578-9705, Vol 7, N° 2, 2012 (Ejemplar Dedic a Mayo-Agosto), págs 225-247. 2012;7(2):225–47
4. Velho MB, dos Santos EKA, Collaço VS. [Natural childbirth and cesarean section: social representations of women who experienced them]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. [cited 2018 Feb 26];67(2):282–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24861073>
5. Sekulic S, Sekulic S. Effects of underwater birth on the newborn. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 28];132(3):191–2. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802014000300191&lng=en&tlng=en
6. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nacer no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 Aug [cited 2018 Feb 28];30(suppl 1):S140–53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=pt&tlng=pt

7. Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. 2012;103. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
8. Triuzzi S. ¿Es feminista parir en casa? Dilemas y contraindicaciones en la relación entre feminismo y parto en casa. [cited 2018 Apr 30]; Available from: <http://www.revistaandaluzadeantropologia.org/uploads/raa/n13/triuzzi.pdf>
9. Homer CS, Thornton C, Scarf VL, Ellwood DA, Oats JJ, Foureur MJ, et al. Birthplace in New South Wales, Australia: an analysis of perinatal outcomes using routinely collected data. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2014 Dec 14 [cited 2018 Feb 28];14(1):206. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-206>
10. Hermus MAA, Wiegers TA, Hitzert MF, Boesveld IC, van den Akker-van Marle ME, Akkermans HA, et al. The Dutch Birth Centre Study: study design of a programmatic evaluation of the effect of birth centre care in the Netherlands. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2015 Dec 16 [cited 2018 Feb 28];15(1):148. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0585-1>
11. Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento Declaración de Fortaleza 1985 Organización Mundial de la Salud. [cited 2018 Apr 30]; Available from: http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento.pdf
12. Alcaide AR. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. Dilemata [Internet]. 2015;(18):13–26. Available from: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/369>
13. Andradás Aragonés E, Alfaro Latorre Dirección Coordinación M, García Pancorbo Inmaculada Moreno Faraco D, Valls Chamizo Enrique Magdaleno Muñoz María José Rodríguez López V. Estadísticas de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2015. [cited 2018 Apr 30]; Available from:

https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2015/SIAE_2015_Informe_completo.pdf

14. Organización Mundial de la Salud. Lista OMS de verificación de la seguridad del parto. Guía de aplicación. 2015;61–78.
15. Coxon K, Sandall J, Fulop NJ. How Do Pregnancy and Birth Experiences Influence Planned Place of Birth in Future Pregnancies? Findings from a Longitudinal, Narrative Study. *Birth* [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2018 Apr 23];42(2):141–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/birt.12149>
16. Sanfelice CF de O, Shimo AKK. Social representations on home birth. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 23];19(4):606–13. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150081>
17. Koettker JG, Brüggemann OM, Mucha Düfloth R, Monticelli M, Knobel R. Comparasion of obstetric and neonatal outcomes between primiparous and multiparous assisted at home. *Cienc y enfermería* [Internet]. 2015 Aug [cited 2018 Apr 23];21(2):113–25. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
18. Jamas MT, Hoga LAK, Reberte LM. Women's narratives on care received in a birthing center. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013 Dec [cited 2018 Apr 23];29(12):2436–46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001200009&lng=pt&tlng=pt
19. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves A de C, Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves A de C. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 Nov 17 [cited 2018 Apr 23];22(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100201&lng=en&tlng=en
20. Frank TC, Pelloso SM. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 Mar [cited 2018 Apr 23];34(1):22–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100003&lng=pt&tlng=pt

21. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN do, Mesquita NS de, et al. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 23];18(2):262–9. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20140038>
22. de Jonge A, Peters L, Geerts CC, van Roosmalen JJM, Twisk JWR, Brocklehurst P, et al. Mode of birth and medical interventions among women at low risk of complications: A cross-national comparison of birth settings in England and the Netherlands. Gebhardt S, editor. *PLoS One* [Internet]. 2017 Jul 27 [cited 2018 Apr 23];12(7):e0180846. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0180846>
23. Ortega Barreda E, Cairós Ventura LM, Clemente Concepción JA, Rojas Linares C, Pérez González AM. *Ene : revista de enfermería*. [Internet]. Vol. 11, Ene. [Enfermeros]; 2017 [cited 2018 Apr 23]. 0-0 p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000100005&lang=pt
24. Van Haaren-ten Haken TM, Hendrix M, Smits LJ, Nieuwenhuijze MJ, Severens JL, de Vries RG, et al. The influence of preferred place of birth on the course of pregnancy and labor among healthy nulliparous women: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2015 Dec 14 [cited 2018 Apr 23];15(1):33. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0455-x>
25. Koettker JG, Brüggemann OM, Knobel R. Maternal results from planned home births assisted by nurses from de Hanami team in the south of Brazil, 2002-2012. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 23];26(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100302&lng=en&tlng=en
26. Macfarlane AJ, Rocca-Ihenacho L, Turner LR. Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England: 2. Specific aspects of care. *Midwifery* [Internet]. 2014 Sep 1 [cited 2018 Apr 23];30(9):1009–20. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613814001466?via%3Dihub>

27. Hollowell J, Li Y, Bunch K, Brocklehurst P. A comparison of intrapartum interventions and adverse outcomes by parity in planned freestanding midwifery unit and alongside midwifery unit births: secondary analysis of “low risk” births in the birthplace in England cohort. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2017 Dec 21 [cited 2018 Apr 23];17(1):95. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1271-2>
28. Monk A, Tracy M, Foureur M, Grigg C, Tracy S. Evaluating Midwifery Units (EMU): a prospective cohort study of freestanding midwifery units in New South Wales, Australia. BMJ Open [Internet]. 2014 Oct 31 [cited 2018 Apr 23];4(10):e006252. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25361840>

10. Anexos

Anexo 1: Preguntas y recomendaciones de la OMS antes y durante el parto.

1 Al ingreso	
<p>¿La madre necesita ser remitida?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, ya organizado</p>	<p>Verifique los criterios de su institución</p>
<p>¿Se ha iniciado el partograma?</p> <p><input type="checkbox"/> No, se empezará a los ≥4 cm de dilatación</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p>Empiece a registrar cuando la dilatación sea ≥4 cm; a partir de ahí la dilatación debe ser ≥1 cm/hora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada 30 minutos: anote la frecuencia cardíaca, las contracciones y la frecuencia cardíaca fetal • Cada 2 horas: anote la temperatura • Cada 4 horas: anote la presión arterial
<p>La madre requiere:</p> <p>¿Antibióticos?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, ya administrado</p> <p>¿Sulfato de magnesio y tratamiento antihipertensivo?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, ya administrado (sulfato de magnesio)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, ya administrado (un antihipertensivo)</p>	<p>Antes de administrar cualquier medicamento, pregunte si hay antecedentes de alergia</p> <p>Administre antibióticos a la madre en caso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura ≥38 °C • Antecedente de exudado vaginal maloliente • Rotura de membranas >18 horas <p>Administre sulfato de magnesio a la madre si hay:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial diastólica ≥110 mm de Hg y proteinuria 3+ • Presión arterial diastólica ≥90 mm de Hg y proteinuria 2+ y si hay: cefalea severa, trastornos visuales, dolor epigástrico <p>Administre un antihipertensivo a la madre si la presión arterial sistólica es >160 mm de Hg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: mantener la presión arterial <150/100 mm de Hg
<p><input type="checkbox"/> Confirmar que haya suministros para lavarse las manos y utilizar guantes para cada examen vaginal.</p>	
<p><input type="checkbox"/> Alentar a que durante el parto esté presente un acompañante.</p>	
<p><input type="checkbox"/> Confirmar que durante el parto la madre o el acompañante pedirá ayuda si es necesario.</p>	<p>Pida ayuda si hay:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado • Dolor abdominal severo • Cefalea severa o trastornos visuales • Dificultad para orinar • Deseos de pujar

2

Inmediatamente antes del expulsivo (O antes de la cesárea)

La madre requiere:

¿Antibióticos?

- ☐ No
☐ Sí, ya administrado

Antes de administrar cualquier medicamento, pregunte si hay antecedentes de alergia

Administre antibióticos a la madre en caso de:

- Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Antecedente de exudado vaginal maloliente
- Rotura de membranas >18 horas
- Cesárea

¿Sulfato de magnesio y tratamiento antihipertensivo?

- ☐ No
☐ Sí, ya administrado (sulfato de magnesio)
☐ Sí, ya administrado (un antihipertensivo)

Administre sulfato de magnesio a la madre si hay:

- Presión arterial diastólica ≥ 110 mm de Hg y proteinuria 3+
- Presión arterial diastólica ≥ 90 mm de Hg y proteinuria 2+, y si hay: cefalea severa, trastornos visuales, dolor epigástrico

Administre un antihipertensivo a la madre si la presión arterial sistólica es >160 mm de Hg

- Objetivo: mantener la presión arterial $<150/100$ mm de Hg

Confirmar que junto a la cama haya los suministros esenciales y prepárese para el parto:

Para la madre

- ☐ Guantes
☐ Preparación alcohólica o jabón y agua limpia para la higiene de las manos
☐ Oxitocina, 10 unidades en jeringa

Prepárese para atender a la madre inmediatamente después del nacimiento:

Confirme el nacimiento de un solo bebé (no es un parto múltiple)

1. Administre oxitocina 1 minuto después del nacimiento
2. Controle la expulsión de la placenta 1 a 3 minutos después del nacimiento
3. Masajea el fondo del útero después de la expulsión de la placenta
4. Confirme que el útero esté contraído

Para el bebé

- ☐ Toalla limpia
☐ Cordón o pinza umbilical
☐ Tijera estéril para cortar el cordón umbilical
☐ Dispositivo de aspiración
☐ Ambú

Prepárese para atender al bebé inmediatamente después del nacimiento:

1. Seque al bebé y manténgalo caliente
2. Si no respira, estimule al bebé y despeje las vías respiratorias
3. Si continúa sin respirar:
 - pinza y corte el cordón umbilical
 - limpie las vías respiratorias, si es necesario
 - ventile con el ambú
 - solicite ayuda inmediatamente

- ☐ Asistente designado y listo a ayudar en el parto si es necesario.

3

Poco después del nacimiento (en la primera hora)

¿La madre presenta un sangrado anormal?

- ☐ No
☐ Sí, solicite ayuda inmediatamente

Si hay sangrado anormal:

- Masaje el fondo del útero
- Considere administrar más uterotónico (oxitocina)
- Inicie perfusión intravenosa y mantener caliente a la madre
- Trate la causa: atonía uterina, retención de placenta o fragmentos placentarios, desgarro vaginal, rotura uterina

La madre requiere:

¿Antibióticos?

- ☐ No
☐ Sí, ya administrado

Antes de administrar cualquier medicamento, pregunte si hay antecedentes de alergia. Administre antibióticos a la madre en caso de extracción manual de la placenta o de la temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$, y además:

- Escalofríos
- Exudado vaginal maloliente

Si hay desgarros perineales de tercero o cuarto grado, administre antibióticos para prevenir la infección

¿Sulfato de magnesio y tratamiento antihipertensivo?

- ☐ No
☐ Sí, ya administrado (sulfato de magnesio)
☐ Sí, ya administrado (un antihipertensivo)

Administre sulfato de magnesio a la madre si hay:

- Presión arterial diastólica ≥ 110 mm de Hg y proteinuria 3+
- Presión arterial diastólica ≥ 90 mm de Hg, proteinuria 2+, y si hay: cefalea severa, trastornos visuales, dolor epigástrico

Administre un antihipertensivo a la madre si la presión arterial sistólica es ≥ 160 mm de Hg

- Objetivo: mantener la presión arterial $<150/100$ mm de Hg

El bebé requiere:

¿Ser remitido?

- ☐ No
☐ Sí, ya organizado

Verifique los criterios de su institución.

¿Antibióticos?

- ☐ No
☐ Sí, ya administrado

Administre antibióticos al bebé si estos se administraron a la madre durante el parto por una infección materna o si el bebé presenta:

- Frecuencia respiratoria >60 por minuto o <30 por minuto
- Tiraje torácico, quejido o convulsiones
- Pobre movimiento al estímulo
- Temperatura $<35^{\circ}\text{C}$ (y que no aumenta tras calentarlo) o temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$

¿Atención especial y monitoreo?

- ☐ No
☐ Sí, ya organizado

Organice la atención especial o el monitoreo si el bebé:

- Es prematuro por más de un mes
- Pesa <2500 g al nacer
- Necesita antibióticos
- Requiere reanimación

☐ Se inició la lactancia materna y contacto directo piel-a-piel (si la madre y el bebé se encuentran bien).

☐ Confirmar que la madre o el acompañante llamarán para pedir ayuda si aparecen signos de peligro.

4

Antes del alta

☐ Confirmar la estancia en la institución durante las 24 horas que siguen al parto.

¿La madre requiere antibióticos?

- ☐ No
☐ Si, ya administrado y posponga el alta

Antes de administrar cualquier medicamento, pregunte si hay antecedentes de alergia

Administre antibióticos a la madre en caso de:

- Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- exudado vaginal maloliente

¿Es normal la presión arterial de la madre?

- ☐ No, administre tratamiento y posponga el alta
☐ Si

Administre sulfato de magnesio a la madre si hay:

- Presión arterial diastólica ≥ 110 mm de Hg y proteinuria 3+
- Presión arterial diastólica ≥ 90 mm de Hg, proteinuria 2+, y si hay: cefalea severa, trastornos visuales, dolor epigástrico

Administre un antihipertensivo a la madre si la presión arterial sistólica es >160 mm de Hg

- Objetivo: mantener la presión arterial $<150/100$ mm de Hg

¿La madre presenta un sangrado anormal?

- ☐ No
☐ Si, administre tratamiento y posponga el alta

Si el pulso es >110 latidos por minuto y la presión arterial es <90 mm de Hg:

- Inicie perfusión intravenosa y mantener caliente a la madre
- Trate la causa (choque hipovolémico)

¿El bebé requiere antibióticos?

- ☐ No
☐ Si, administre antibióticos, posponga el alta y ofrezca atención especial

Administre antibióticos al bebé en caso de:

- Frecuencia respiratoria >60 por minuto o <30 por minuto
- Tiraje torácico, quejido o convulsiones
- Pobre movimiento al estímulo
- Temperatura $<35^{\circ}\text{C}$ (y que no aumenta tras calentarlo) o temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Deja de lactar adecuadamente
- El muñón umbilical presenta un enrojecimiento que se extiende a la piel o exuda pus

¿Se está alimentando adecuadamente el bebé?

- ☐ No; establezca buenas prácticas de lactancia materna y posponga el alta
☐ Si

☐ Explicar y ofrecer a la madre opciones de planificación familiar.

☐ Disponer el seguimiento y confirmar que la madre o su acompañante buscará ayuda si después del alta aparecen signos de peligro.

Signos de peligro

La madre presenta cualquiera de estos:

- Sangrado
- Dolor abdominal severo
- Cefalea severa o trastornos visuales
- Dificultad para respirar
- Fiebre o escalofríos
- Dificultad para orinar
- Dolor epigástrico

El bebé presenta cualquiera de estos signos:

- Dificultad para respirar o respiración rápida
- Fiebre
- Friealdad anormal
- Deja de lactar adecuadamente
- Menos actividad de lo normal
- Ictericia generalizada

ANEXO 2: Plantillas evaluación calidad metodológica CASPe

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? - ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación? - ¿Se justifica la relevancia de los mismos? 	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>
<p>2 ¿Es congruente la metodología cualitativa?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio. - ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados? 	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>
<p>3 ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.). 	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>

Preguntas “de detalle”

<p>4 ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes. - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio. - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio. 	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>
<p>5 ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El ámbito de estudio está justificado. - Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.). - Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación). - Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué? - Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.) - Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello. 	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>

<p>6 ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales: <ul style="list-style-type: none"> - En la formulación de la pregunta de investigación. - En la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio. - Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.). 	<div> <input type="checkbox"/> </div> <div> <input type="checkbox"/> </div> <div> <input type="checkbox"/> </div> <div> SÍ </div> <div> NO SÉ </div> <div> NO </div>
<p>7 ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: <ul style="list-style-type: none"> - El consentimiento informado. - La confidencialidad de los datos. - El manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia). - Si se ha solicitado aprobación de un comité ético. 	<div> <input type="checkbox"/> </div> <div> <input type="checkbox"/> </div> <div> <input type="checkbox"/> </div> <div> SÍ </div> <div> NO SÉ </div> <div> NO </div>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>8 ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso. - Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos. - Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.) - Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos). - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis. 	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>
<p>9 ¿Es clara la exposición de los resultados?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados corresponden a la pregunta de investigación. - Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible. - Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas. - Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.) - Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio. 	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<i>PISTA: Considera si</i>			
<i>-El investigador explica la contribución que los resultados aportan al conocimiento existente y a la práctica clínica.</i>			
<i>- Se identifican líneas futuras de investigación.</i>			
<i>-El investigador reflexiona acerca de la transferibilidad de los resultados a otros contextos.</i>			

ESTUDIO DE COHORTES

A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

Preguntas de eliminación

<p>1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?</p> <p><i>PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La población estudiada. - Los factores de riesgo estudiados. - Los resultados "outcomes" considerados. - ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial? 	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>
<p>2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?</p> <p><i>PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿La cohorte es representativa de una población definida? - ¿Hay algo "especial" en la cohorte? - ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte? - ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos? 	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>

Preguntas de detalle

<p>3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</p> <p><i>PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?- ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir?- ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)?- ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento?- ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos?- ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)?	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
--	---

<p>4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?</p> <p><i>PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión. <p><i>Lista:</i></p>	<div><input type="checkbox"/> SÍ</div> <div><input type="checkbox"/> NO SÉ</div> <div><input type="checkbox"/> NO</div>
--	---

<p>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos. - Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación. - En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte? 	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>
---	---

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles son los resultados netos? - ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos? - ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)? 	
<p>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</p>	

C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?

<p>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</p> <p><i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión? - ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles? <p><i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i></p>	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>
<p>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</p>	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>
<p>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. - Tu medio parece ser muy diferente al del estudio. - ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio? 	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>
<p>11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</p>	

REVISIÓN INTEGRADORA

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación"

1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido? <i>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de</i> <ul style="list-style-type: none">- La población de estudio.- La intervención realizada.- Los resultados ("outcomes") considerados.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado? <i>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que</i> <ul style="list-style-type: none">- Se dirige a la pregunta objeto de la revisión.- Tiene un diseño apropiado para la pregunta.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

Preguntas detalladas

<p>3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</p> <p><i>PISTA: Busca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Qué bases de datos bibliográficas se han usado. - Seguimiento de las referencias. - Contacto personal con expertos. - Búsqueda de estudios no publicados. - Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés. 	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>
<p>4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</p> <p><i>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)</i></p>	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>
<p>5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados de los estudios eran similares entre sí. - Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados. - Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados. 	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?

PISTA: Considera

- Si tienes claro los resultados últimos de la revisión.
- ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado).
- ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.).

7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?

PISTA:

Busca los intervalos de confianza de los estimadores.

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p>8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. - Tu medio parece ser muy diferente al del estudio. 	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>
<p>9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</p>	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </div>
<p>10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?</p> <p><i>Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?</i></p>	<div> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO </div>